

MALADIE DE CROHN

PLACE DE LA CHIRURGIE EN URGENCE

A PROPOS DE 28 CAS

MEDARHRI J., ELOUNANI M., ECHARRAB M., AMRAOUI M.,
ERROUGANI A., BENCHEKROUN A., CHKOFF R., ZIZI A. (1)

RESUME

Les auteurs rapportent dans une étude rétrospective 28 observations de la maladie de Crohn (MC) vues et opérées en urgence. Ils notent la fréquence de cette pathologie à un âge jeune avec 67,8 % des malades qui ont moins de 35 ans. La localisation préférentielle est l'iléon terminal et/ou la jonction iléo-cæcale qui est retrouvée dans 75 % des cas. La principale indication opératoire dans notre série est l'occlusion intestinale avec une fréquence de 39,2 %. Le geste chirurgical le plus fréquemment pratiqué est la résection intestinale, iléo-cæcale dans 38,6 % et grêlique dans 38,6 %. Les complications post-opératoires précoces représentent 14,21 % des cas et la mortalité post-opératoire était de 7,14 % des cas.

INTRODUCTION

La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique panentérique, dont l'étiologie reste inconnue. A l'heure actuelle on ne dispose pas de traitement curatif. Le traitement médical est essentiellement celui de l'inflammation non compliquée et le traitement chirurgical s'adresse essentiellement aux complications de la maladie et peut être parfois une alternative à un traitement médical prolongé n'entraînant qu'une amélioration sans réelle rémission.

MATERIELS ET METHODES D'ETUDE

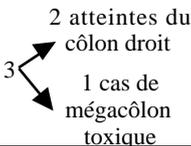
Notre étude porte sur 28 patients opérés pour la première fois de leur maladie de Crohn. Il s'agit de 19 hommes et 9 femmes (sex-ratio = 0,47), âgés de 19 à 64 ans (âge moyen = 34 ans).

L'étude des antécédents pathologiques des patients avait

(1) Service des Urgences Chirurgicales Viscérales (Prof. A. ZIZI) - Hôpital Avicenne - Rabat - Maroc.

montré que 22 malades n'en avaient pas, 6 malades avaient été appendicectomisés dont : 3 patients avaient présenté une fistule au niveau de la cicatrice d'appendicectomie, 1 an plus tard pour 2 malades et 3 mois plus tard pour le 3ème malade. 2 malades avaient présenté une masse de la fosse iliaque droite, 6 ans plus tard pour le premier et 2 ans plus tard pour le second. 1 malade avait présenté une occlusion grêlique sur sténose de la jonction iléo-cæcale 1 an plus tard. L'analyse du bilan pré-opératoire (TG, LB et colonoscopie) et des constatations per-opératoires avaient permis de déterminer la topographie de l'atteinte de Crohn pour les 28 malades (voir tableau I).

Tableau I : Topographie de l'atteinte dans notre service

Topographie	Nb de cas	%
Iléon-terminal	9	32,1
Grêle sans atteinte de la dernière anse intestinale	1	3,5
Côlon	3 	10,71
Iléo-cæcum	12	42,8
Iléo-rectum	1	3,5
Appendice	1	3,5

La majorité des patients de notre série présentaient à leur admission des tableaux chirurgicaux urgents (voir tableau II). Le motif principal de l'intervention chirurgicale avait été l'occlusion intestinale dans 11 cas soit 39,2 % (voir tableau III).

Tableau II : Tableaux cliniques à l'admission des malades

Indications	Nb de cas	%
Occlusion intestinale	11	3,2
Masse de FIDte	5	17,08
Fistule FIDte	3	10,7
Douleur FIDte	3	10,7
Abcès FIDte	2	7,1
Fistule anale	2	7,1
Subocclusion	1	3,5
Rectorragie massive sur mégacôlon toxique	1	3,5

Tableau III : Etiologies de l'occlusion intestinale dans notre série

Cause de l'occlusion	Siège de l'occlusion	Nb de cas
Sténose	• Iléon terminal	3 cas
	Grêle	1 cas
	Iléo-cæcum	1 cas
Invagination	Iléo-iléale à 30 cm de la valvule de Bauhin	1 cas
Masse tumorale	Iléon-terminale	1 cas
	Grêle	1 cas
	Iléo-cæcum	2 cas
Agglutination des anses	Iléon	1 cas

L'attitude chirurgicale habituelle consistait à réséquer tout le tissu macroscopiquement pathologique en laissant une marge de sécurité de part et d'autre (voir tableau IV).

Tableau IV : Gestes chirurgicaux réalisés dans notre série

Geste chirurgical	Nb de cas	%	Anastomose immédiate	Anastomose différée
Réséction du grêle	8	28,5	4	4
Réséction iléo-cæcale	8	28,5	5	3
Hémi-colectomie droite	6	21,4	6	0
Colectomie totale	1	3,5	0	1
Appendicectomie	1	3,5	-	-
Autres				
Mise à plat d'une fistule infraspinctérienne et sphincterotomie et Anoplastie type Parnaud	1	3,5	-	-
Fermeture d'une fistule de FIDte	1	3,5	-	-
Drainage et mise à plat d'un abcès anal fistulisé	1	3,5	-	-
Incision d'un abcès de FIDte	2	4,5	-	-

Quatre patients avaient présenté des complications post-opératoires (14,21 %) (voir tableau V).

Tableau V : Complications post-opératoires

Complications post-opératoires	Nb de cas	%	Intervention initiale	Traitement de la complication
Lâchage anastomotique	1	3,5	Hémi-colectomie droite + anastomose T.L. immédiate	Réintervention avec double stomie et RC 4 mois plus tard
Fistule stercopurulente de la FIDte	2	7,4	Drainage d'un abcès de la FIDte. Fistulographie : fistule cæco-cutanée. Résection iléo-colique + anastomose immédiate T.T. , L.B. + TG : sténose de l'anastomose	Traitement médical avec tarissement de la fistule 5 mois après. Réintervention avec résection de 40 cm du grêle et anastomose T.T. immédiate
Abcès pariétal de la FIDte	1	3,5	Hémi-colectomie droite + anastomose iléo-transverse T.T.	Drainage de l'abcès avec évolution favorable

Par ailleurs nous déplorons 2 décès post-opératoires soit (7,14 %). Un patient qui avait bénéficié d'une résection iléo-cæcale segmentaire avec double stomie est décédé à J+3 dans un tableau d'embolie pulmonaire. Le second patient qui avait bénéficié d'une résection iléale avec double stomie, est décédé à J+2 dans un tableau de choc septique.

COMMENTAIRES

A - Les indications chirurgicales

GRENSTEIN avait montré en 1988 grâce à une étude rétrospective de 770 patients opérés, qu'il existait 2 grands types d'indications :

- **Perforatives** : perforation aiguë libre, perforation subaiguë avec abcès, et perforation chronique avec formation d'une fistule interne.
- **Non perforatives** : occlusion intestinale, échec du traitement médical, hémorragie, dilatation toxique sans perforation.

1 - Echec du traitement médical

La chirurgie est indiquée devant :

- L'échec du traitement médical bien conduit,
- L'inefficacité d'une corticothérapie à haute dose,
- La corticothérapie avec apparition des symptômes lors du sevrage ou de la mauvaise tolérance de la corticothérapie.

2 - Complications de la maladie de Crohn

a - Les fistules intestinales

Leur origine est plus souvent grêlique que colique. On distingue 2 types :

- Les fistules internes, faisant communiquer 2 anses intestinales entre elles ou l'intestin avec l'arbre génito-urinaire,
- Les fistules externes entéro-cutanées suivant habituellement le trajet des cicatrices, plus rarement s'extériorisant par l'ombilic ou le périnée.

Ces deux types de fistules ont sensiblement la même fréquence (un peu moins de 30 %)(1). L'indication ne sera retenue que chez une minorité de patients et dépendra essentiellement du retentissement clinique, fonctionnel et social.

Dans notre série, nous avons colligé 5 cas de fistules réparties comme suit :

- 2 fistules iléo-cutanées, survenues dans les suites d'une appendicectomie,

- 1 fistule cæco-cutanée + fistule transverso-cæcale, survenue dans les suites d'une appendicectomie,
- 1 fistule cæco-cutanée + fistule iléo-sigmoïdienne développée après incision d'un abcès de la fosse iliaque droite,
- 1 trajet fistuleux dans le tissu cellulograsseux péri-iléo-colique et au niveau de la paroi apparue dans les suites opératoires d'une résection iléo-colique + anastomose termino-terminale.

b - Les occlusions intestinales

Stade ultime de la sténose, elles sont fréquentes, de survenue brutale ou progressive, et peuvent parfois être inaugurales. Observées le plus souvent dans les localisations grêliques de la maladie, elles ne doivent pas omettre d'évoquer une occlusion sur brides chez ces patients déjà multi-opérés. La sténose est la première complication de la MC (2). Dans notre série, 11 malades soit 39,2 % ont présenté une occlusion intestinale.

c - Les abcès

Ils peuvent être extra ou intra-abdominaux. De survenue spontanée ou post-opératoire, ils s'accompagnent généralement de signes de suppuration profonde avec altération de l'état général. La fréquence des abcès intra-péritonéaux dont l'origine est grêlique, est à peu près similaire à celle des abcès à point de départ colique, soit environ 20 % (1, 3). Dans notre série, 2 malades ont présenté un abcès de la fosse iliaque droite soit 7,1 %.

d - Les hémorragies digestives graves

Elles sont l'apanage des formes recto-sigmoïdiennes de la MC (3, 4). Leur fréquence varie de 0 % à 6 % selon les séries.

Dans notre série, nous avons objectivé un cas de rectorragie massive sur mégacolon toxique.

e - La colectasie aiguë grave

C'est une complication rare (5 à 10 %) qui constitue un tableau toxi-infectieux grave. L'intervention chirurgicale doit être posée en urgence devant l'évolution vers le mégacolon toxique avec des rectorragies et des signes de diffusion péritonéale.

f - La perforation en péritoine libre

Elle est rare : 1 à 2 % des cas.

g - La dégénérescence néoplasique

Elle est estimée à 0,6 % au niveau du grêle et à 1,4 % au niveau du colon. Le diagnostic de cancer est rarement sus-

pecté en pré-opératoire en raison de la similitude des signes cliniques et radiologiques avec la MC, il est découvert à l'examen de la pièce opératoire (3, 5).

B - Résultats globaux de la chirurgie

1 - Les résultats immédiats

a - La mortalité post-opératoire

Dans des séries récentes, des taux de mortalité de 0,3 % à 1,5 % ont été relevés. Les facteurs de mortalité sont l'âge, les complications septiques en particulier post-anastomotiques, l'embolie pulmonaire et les interventions multiples (5, 6). Les meilleurs résultats de ces séries traduisent les progrès chirurgicaux mais aussi d'anesthésie-réanimation. Cependant, dans l'évolution d'une grande série de 1.000 malades suivis pendant 15 ans, la chirurgie est apparue un facteur net de mortalité. 32 % des décès furent post-opératoires. La gravité des situations cliniques nécessitant l'intervention peut en être une explication (6).

Dans notre série, il y a eu 2 décès post-opératoires soit 7,14 %.

b - La morbidité post-opératoire

Les complications septiques sont les plus fréquentes induites par l'infection préalable mais peuvent aussi être déclenchées par une fistule anastomotique, dont la fréquence est évaluée de 2 % à 3 %. Dans l'étude suédoise d'Hellers, sur un total de 1.214 interventions, il y a eu 11,5 % de complications majeures (7). Les abcès intra-abdominaux et les fistules anastomotiques ont été les complications majeures les plus fréquentes atteignant 4,9 %. Les autres complications majeures observées ont surtout été les occlusions et les éviscérations. Les complications mineures les plus fréquentes ont été les abcès de paroi.

HEIMANN a montré que la morbidité était importante en cas d'interventions antérieures, de résection extensive, d'abaissement du taux d'albumine pré-opératoire (< 35 g/l), de nécessité d'une iléostomie.

Dans notre série, 4 malades ont présenté une complication post-opératoire précoce soit 14,21 % :

- 1 lâchage anastomotique qui a nécessité une reprise chirurgicale (réalisation d'une stomie),
- 2 fistules stercopurulentes au niveau de la FIDte traitées médicalement,
- 1 abcès pariétal au niveau de la FIDte qui a évolué favorablement après drainage.

2 - Les résultats à distance

a - Les récurrences

La définition de la récurrence n'est pas aisée, d'après LOCK. En effet, la récurrence est, pour certains, restrictive et ne concerne alors que des patients subissant une nouvelle résection avec preuve histologique. Il est cependant admis d'étendre la récurrence aux malades non réopérés, mais qui présentent des signes radiologiques ou histologiques indiscutables de MC. Selon LINDHAGEN, il serait intéressant aussi de distinguer entre :

- Les récurrences asymptomatiques ;
- Les récurrences symptomatiques bien contrôlées par le traitement médical,
- Les récurrences qui nécessitent une réintervention.

Il apparaît que le taux de récurrence soit plus élevé en cas de lésions initiales pluri-focales, grêliques et coliques, qu'en cas de lésions initiales grêliques ou coliques isolées. Il est moindre après coloprotectomie et iléostomie définitive, de l'ordre de 5 % à 10 % à 10 ans.

Le risque de réintervention pour MC est d'environ 10 % par an, surtout élevé dans les 2 premières années suivant la résection initiale. Il est inférieur au risque de récurrence endoscopique qui atteint 70 % à 12 mois après résection iléo-colique.

b - La survie

L'étude de HELLERS a montré que la MC diminuerait d'autant plus les chances de survie des malades que les premières manifestations étaient apparues tôt.

Cette même étude a précisé que la moitié des décès à distance de l'intervention étaient dus à la MC elle-même et l'autre moitié à des causes générales : affections cardio-vasculaires ou digestives létales observées chez des malades atteints de MC ont été élevées que le nombre attendu (8).

CONCLUSION

La récurrence post-opératoire de la maladie de Crohn est presque toujours inévitable. Un tiers des patients aura une chirurgie itérative pour récurrente.

Des facteurs cliniques (localisation initiale, âge jeune, durée du décours opératoire...) semblent avoir un poids dans l'apparition de la récurrence.

Le principe d'une chirurgie la plus conservatrice possible est actuellement bien acquis.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BARTHOD F., PATEL J.C.
Maladie de Crohn de l'intestin grêle : place de la chirurgie en 1992.
J. Chir. (Paris), 130, n° 2, p : 90-96. 1993.
- 2 - PARENTS S., BRESLER L., TORTUYAUX J.M., BOISSEL P.
Résection intestinale dans le traitement de la maladie de Crohn.
J. Chir. (Paris), n° 132, n° 4, p : 171-177, 1995.
- 3 - FAIK M.
Principes et indications du traitement chirurgical de la maladie de Crohn.
Espérance médicale. Tome 6, n° 50, p : 252-54. Mai 1999.
- 4 - LABAYLE D., FISCHER D.
Traitement médical de la maladie de Crohn.
Estomac-intestin, 1er éd, 12-c, 1985.
- 5 - THIRY L., IDERNE A., MEYER CH.
Les aspects du traitement chirurgical de la maladie de Crohn.
Méd. Chi. Dig. 27, 137-141, 1998.
- 6 - QUANDALLE P., GAMBIEZ L.
Traitement chirurgical de la maladie de Crohn de l'intestin grêle.
Ann. Chir., 51, n° 4, 303-313, 1997.
- 7 - HUGUIER M.
Le traitement chirurgical de la maladie de Crohn.
Maladies inflammatoires de l'intestin/modigliani, 13, p : 201-211, 1998.
- 8 - COLOMBEL J.F., MESNARD B.
Maladie de Crohn.
Encycl. chir. (Paris, France) gastro-entérologie, 9, 057-G, 15 p, 1993

Médecine d'Afrique Noire

Le Pharmacien d'Afrique

Odonto-Stomatologie Tropicale

Médecine du Maghreb

sont sur

www.santetropicale.com